

受給者本人の健康保険証等のコピーをこの枠内か、
本紙の裏側に貼付してください。

- 受給者本人が厚生年金又は国民年金加入者の場合は貼付不要です。ただし、厚生年金加入者のうち、
共済組合の組合員等である場合は貼付が必要です。
（例）独立行政法人等の職員、日本郵政共済組合員、
公務員であって公益的法人等へ派遣されている方等
- 貼付を忘れると認定できませんのでご注意ください。

※ 貼付が不要か判断がつかないときは、貼付してください。

児童手当 現況届

江南市長殿

令和 年度

				提出年月日			※受付確認年月日						
				令和 . .			令和 . .						
受給者	① (フリガナ)							④ 職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者		② 性別		
	氏名 (法人名等)										③ 生年月日		
	⑥ 住所 (法人の主たる事務所の所在地)							電話		⑤ 配偶者	有 . 無		
配偶者等	本年1月1日時点の住所	(上欄と異なる場合に記入してください)								振込先金融機関			
	⑦ (フリガナ)							⑧ 職業	ア. 被用者 イ. 公務員 (勤務先:) ウ. 被用者等でない者				
	氏名	児童手当の支給要件の該当性を審査するため、市区町村が必要な税情報 の 公 簿 等 の 確 認 を 行 な う こ と に 同 意 し ま す 。											
	⑨ 住所 (⑥と異なる場合)												
本年1月1日時点の住所	(上欄と異なる場合に記入してください)												
⑩ 児童の兄姉等	氏名	続柄	生年月日	監護相当の有無	生計費負担の有無	同居・別居の別	海外留学の月	(18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)	[注意] ⑩児童の兄姉等との「監護相当関係の有無」「生計費負担の有無」がいずれも「有」の場合は、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担についての確認書」をご提出ください。 (⑩児童の兄姉等と⑩児童の合計人数が3人以上の場合に限る。)	算定対象に○印			
				有・無	有・無	同・別							
				有・無	有・無	同・別							
	⑪ 児童	氏名	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	同居・別居の別	海外留学の月	住所 (別居の場合)	※児童との関係で該当する場合に○印	該当する箇所に○印	手当月額	
				有・無	同一・維持	同・別			未成年後見人 父母指定者 同居父母	第3子以降 3歳未満 上記以外	円		
				有・無	同一・維持	同・別			未成年後見人 父母指定者 同居父母	第3子以降 3歳未満 上記以外	円		
				有・無	同一・維持	同・別			未成年後見人 父母指定者 同居父母	第3子以降 3歳未満 上記以外	円		
				有・無	同一・維持	同・別			未成年後見人 父母指定者 同居父母	第3子以降 3歳未満 上記以外	円		
⑫ 受給者の加入している 公的年金制度の種別	ア. 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。 () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済						イ. 国民年金 ウ. その他 ()		⑬所得の状況	令和 年分 所得額	合計金額		
									(受給者)	円			
								(配偶者)	円	円			

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
※印の欄は、記入しないください。
字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。

配偶者氏名欄の署名をもって、当該配偶者に係る課税台帳などを調査すると同意されたものとみなします。
本届の審査のために必要な課税台帳などの調査を了承します。